

# **ОБОСНОВАНИЕ ВВЕДЕНИЯ В НАУЧНЫЙ ОБОРОТ ПОНЯТИЯ «ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МИР ВРАЧА В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ»**

***Петрова Лариса Евгеньевна***

*канд.социол.наук, доцент кафедры социологии и политологии  
Уральского государственного педагогического университета,*

*г. Екатеринбург*

*E-mail: [docentpetrova@gmail.com](mailto:docentpetrova@gmail.com)*

## **RATIONALE FOR A SCIENTIFIC CATEGORY «PHYSICIAN'S PROFESSIONAL WORLD IN CONTEMPORARY RUSSIAN SOCIETY»**

***Larisa Petrova***

*Candidate of Sociology, Associate Professor,  
Ural State Pedagogical University,  
Yekaterinburg*

### **АННОТАЦИЯ**

Под профессиональным миром врача понимается результат субъективного переопределения тех объективных заданностей, которые врачу предоставляет общество в связи с профессиональным занятием. Это – совокупность социальных связей и взаимоотношений, возникающих по поводу здоровья и болезни вокруг профессиональной роли врача. Профессиональный мир врача – система формальных и неформальных взаимодействий, регулируемых вертикально и горизонтально, между врачом и агентами его социального мира – руководителями медицинской организации, пациентами, семейным и дружеским кругом, общественным мнением, коллегами.

### **ABSTRACT**

Physician's professional world is understood as the result of subjective override of those objective assignments which society gives the doctor in connection with professional occupation. This is aggregate of social connections and relations that arise about the health and disease around the professional role of the doctor. Physician's professional world is a

system of formal and informal interactions adjustable vertically and horizontally. These interactions are between the doctor and agents of his social world, such as leaders of medical organizations, patients, family and friendly circle, public opinion, colleagues.

**Ключевые слова:** врач, социальный капитал, сущность и существование, профессиональный мир врача.

**Keywords:** physician's professional world, doctor, social capital, essence and existence.

В любом современном обществе здоровье является важнейшим социальным приоритетом – как на уровне государства, так и на уровне отношения к этой ценности индивидов. Россия не является исключением, однако ситуация выглядит неудовлетворительной: по данным общероссийских опросов, только пятая часть респондентов считают, что при необходимости могут получить качественное медицинское обслуживание, две трети не удовлетворены системой здравоохранения, а каждый второй врачам не доверяет. Здоровье и болезнь, как любые социальные феномены, представляют собой сложную систему социальных взаимодействий нескольких групп: управленческие, менеджеральные структуры, медицинские работники и население, в том числе – пациенты. Объектом социальной критики и тревожности россиян по поводу возможности сохранения здоровья часто становятся врачи, ведь именно они непосредственно взаимодействуют с нуждающимися в помощи. Эта ключевая роль врачей в оценке здравоохранения дополняется долей группы в экономике страны (по данным Федеральной службы государственной статистики, в 2012 году в российских государственных медицинских учреждениях работало 703 тысячи врачей), совокупностью социальных проблем в профессии (индикатором является высокий кадровый дефицит).

В зарубежной и отечественной социологии врачи являются объектом как теоретического, так и эмпирического анализа. Начиная с Т. Парсонса, социальная роль врача рассматривается в функциональной парадигме [1]. В исследованиях современных российских социологов используется также неовеберовский подход к характеристике динамики социального положения врачей [2]. Методология

позиционного подхода, разработанная в феминистской эпистемологии, использована для описания взаимодействия врача-гинеколога и пациентки [3].

Многочисленны эмпирические проекты, где в качестве объекта выступают российские врачи. Так, С.А. Ефименко в монографическом исследовании представила социальный портрет участкового врача-терапевта, его социальные характеристики, поведенческие установки и реальные действия, которые являются определяющими в вопросах качества оказываемых медицинских услуг и в обеспечении стабильного функционирования системы здравоохранения [4]. Мнение врачей клинической больницы медицинского вуза по проблемам особенностей статуса и формирования престижа работы послужило источником для выявления факторов, положительно и негативно влияющих на кадровое обеспечение лечебной деятельности государственного образовательного учреждения [5]. Медико-социологические опросы медицинских работников ЛПУ, как правило, анализируют социально-демографические и профессионально-должностные характеристики врачей, удовлетворенность работой, условиями труда, заработной платой, социально-психологический климат в коллективе, взаимоотношения в системе врач-пациент, ценностные ориентиры врачей, престижность врачебной профессии, качество деятельности врача [6, 7, 8].

Врачи выступают объектом научного анализа в большинстве проектов по изучению российского здравоохранения, которые можно классифицировать следующим образом: 1) институциональное описание функционирования здравоохранения – доступность и качество медицинской помощи, неформальные платежи и пр.; 2) взаимодействие «врач-пациент» и его эффекты [9]; 3) процесс становления и функционирования альтернативных вариантов медицинской помощи: частная медицина, отдельные группы врачей (гомеопаты, народные целители и пр.). Во всех указанных направлениях анализа врач выступает частью актуальной модели поддержания здоровья, сложившейся в современной России. Вывод большинства исследований сводится к тому, что врач зависим от организационных рамок своей деятельности, но при этом имеет высокий потенциал влияния непосредственно на здоровье пациента – на приеме, при назначении терапии и пр. Таким образом, врачи как объект социологического анализа рассматриваются чаще всего с экономических, организационных, управленческих позиций – описаны коррупция, неформальные

платежи, реформы здравоохранения, частная медицина и пр. Все это можно назвать описанием индустрии, фабрики здоровья.

Классическая парсонсианская схема взаимного регулирования ролей врача и пациента до сих пор является своего рода образцом для обоснования корректировки, инновационного развития исследований в социологии медицины. Современные зарубежные исследователи активно дискутируют над трансформацией роли пациента: предлагается перечитать Т. Парсонса в свете современных социологических дискуссий о теле, эмоциях, доверии, неопределенности и здоровья, в том числе с позиций постмодернизма [10]. Роль современного больного нельзя ограничивать предложенными Т. Парсонсом рамками, ведь большое влияние сегодня имеет иной социокультурный статус болезни, а также несравнимо большие информационные ресурсы у пациентов [11].

Критики парсонсианского взгляда на социальную роль врача значительно меньше. В целом, зарубежные исследователи скорее дополняют, конкретизируют описание врача как профессионала. Так, на основе этнографического наблюдения описано представление о современных стратегиях «хорошего врача» для пациентов-диабетиков [12]. Выделяются значимые процессы в современной медицинской профессии: диверсификация; специализация по вертикали и горизонтали, а также последствия этих изменений для характеристики роли врача [13]. Указанная проблема может быть экстраполирована и на характеристику российских врачей, у которых в той же мере актуальны проблемы стратегии терапии с разными группами пациентов, влияние макропроцессов на ежедневную работу.

Представленный обзор убеждает нас в недостаточности актуального арсенала социологии для анализа феномена деятельности врача в современном российском обществе. Оригинальные теоретические проекты, где врач являлся бы объектом осмысления, практически отсутствуют. Парсонсианская структура социальной роли врача [14] и ее последующая критика являются в современных российских исследованиях трендом описания врачей. Ограниченность такого подхода заключается в узости методологических рамок структурно-функциональной модели, эвристичность которой для характеристики актуальной ситуации недостаточна. Другая проблема современных отечественных исследований группы врачей заключается в отсутствии

комплексной категории, которая бы описывала врача и функционально, и содержательно (характеризуя повседневную деятельность). Введение в научный оборот специального теоретического конструкта – «профессиональный мир врача», описывающего феномен профессиональной и социальной активности, решает задачи теории и практики, содержательно и функционально дополняет знание о врачах.

Под профессиональным миром врача мы понимаем результат субъективного переопределения тех объективных заданностей, которые врачу предоставляет общество в связи с профессиональным занятием. Это – совокупность социальных связей и взаимоотношений, возникающих по поводу здоровья и болезни вокруг профессиональной роли врача. Профессиональный мир врача – система формальных и неформальных взаимодействий, регулируемых вертикально и горизонтально, между врачом и агентами его социального мира – руководителями медицинской организации, пациентами, семейным и дружеским кругом, общественным мнением, коллегами. Профессиональный мир врача – результат конвертации экономического, культурного и социального капитала профессионала в области поддержания здоровья.

Онтологически профессиональный мир врача выражается в 1) совокупности коммуникаций в области здоровья, представленных как на формальном, так и неформальном уровне; 2) эффектах конвертации человеческого, культурного и социального капитала профессионала – врача.

Гносеологически профессиональный мир врача – сложное образование (когнитивный, эмоциональный компонент сочетаются с поведенческим), атрибутивно формирующееся при рефлексивном восприятии исполнения социальной роли.

Мировоззренческая составляющая понятия «профессиональный мир врача» в системе социологического знания отражает как образец тех общественных идеалов и ценностей, которыми руководствуются социальные субъекты (врачи) в своем практическом отношении к действительности, так и реализацию предлагаемого обществом ценностного паттерна. Ведь убеждения, вырабатываемые врачами на основе медицинских знаний, становятся источниками социальной и профессиональной активности врачей, а в конечном счете определяют качество медицинского обслуживания, здоровье россиян. Противоречивое сочетание индивидуальных ценностей и ценностей профессии, связанной со служением [15, 16], является

источником познания рассматриваемого социального объекта, а также источником возможной коррекции ценностного профиля и аттитюдов врачей.

И с этим связана еще одна функция понятия «профессиональный мир врача» – практически-преобразовательная. На основе комплексного анализа субъективного переопределения врачом объективных заданностей, исходящих от общества (включая макроинституциональный уровень и уровень рабочего взаимодействия), можно эффективнее планировать работу по мотивации труда, формированию профессиональных ценностей, в том числе – в профессиональном медицинском образовании.

Обоснование представлений о профессиональном мире врача принуждает нас обратиться, в том числе, к общефилософским дебатам об изучении сущности и существовании. Предлагаемое нами понятие – это анализ существования, в то время как большинство работ в современной социологии посвящено анализу сущности профессии врача, в рамках которых описывается модель «запрос общества – реализация врачом» с указанием на проблемы этого процесса. Существование не противоположно сущности, а дополняет анализ феномена. Существование – процессуальный аспект сущности, но при этом – субъектно окрашенный.

Традиция изучения существования восходит к экзистенциальной философии (М. Хайдеггер, К. Ясперс, П. Сартр, А. Камю и др.). Обращение к существованию делает акцент на реальности, на субъективированной картине сущности. Классическая наука всегда ставила целью раскрыть сущность, субстанцию объекта анализа. Можно сказать, что описание содержания социальной и профессиональной роли врача – это и есть описание сущности, субстанции. Описание существования врача предполагает обращение к экзистенциальной реальности – уникальному, непосредственно (в данности) переживаемому человеческому существованию. Важно заметить, что конвертация профессионализма в повседневность, совместная конвертация культурного и социального капиталов у врача делают возможным описать комплексно человеческое существование, в котором у врача границы профессионального и внепрофессионального размыты.

Наиболее эвристично для характеристики понятия «профессиональный мир врача» представление М. Хайдеггера о «тут-бытии» – особом существовании, и это –

новая интерпретация трансцендентальной субъективности Э. Гуссерля. Понимание у М. Хайдеггера означает открытость тут-бытия, вследствие которой для понимания – Dasein – не просто существует мир, но оно само есть бытие-в-мире. Мир таким образом не есть что-то внешнее тут-бытию. Здесь идея Хайдеггера преемственна представлениям Гуссерля, в феноменологии которого «мир» – это горизонт трансцендентальной субъективности. Философия М. Хайдеггера признается гуманистичной, и это выражается в том числе в представлении о принципиальной открытости тут-бытия: оно характеризуется как настроение, настроенность, расположенность. Настроенность, согласно Хайдеггеру, – основной экзистенциал, бытийная характеристика существования. «Настроенность» имеет экзистенциальную структуру проекта, который рассматривается как выражение специфической черты тут-бытия, оно есть своя собственная возможность. Истолковывая экзистенциальную структуру тут-бытия как проект, М. Хайдеггер исходит из первичности эмоционально-практического отношения человека к миру. По М. Хайдеггеру, бытие сущего непосредственно открыто человеку в отнесенности к его намерениям (возможностям), а не в чистом незаинтересованном созерцании.

Концепция М. Хайдеггера, будучи дисциплинарно философской, может считаться методологической рамкой для обоснования исследовательского поворота от изучения сущности к изучению существования врача. В социологии данной исследовательской традиции отвечают другие парадигмальные векторы. Для социологии контекст существования в исследовании актуальных социальных феноменов – это весь спектр интерпретативной науки, представленной в классических исследованиях И. Гофмана, А. Шюца, а также структурализм Э. Гидденса и структуралистский конструктивизм П. Бурдьё. Указан минимальный круг авторов, чьи исследования положили начало огромному количеству текстов-эпигонов. Однако, до сих пор – не в исследовании врачей.

Ключевую роль в обосновании категории «профессиональный мир врача» играет концепция капиталов П. Бурдьё [17], что имеет и интересное продолжение истории с идеями М. Хайдеггера, философия которого была в том числе объектом научного анализа французского социолога. До настоящего времени социальный капитал в области социологии медицины анализировался только с позиций

исследований различий в здоровье людей, обусловленных социально-экономической стратификацией и неравным распределением в обществе ресурсов социального капитала, которое, в частности, представлено в исследованиях Русиновой Н.Л. и коллег [18].

Наш исследовательский подход заключается в том числе в значимости анализа конвертации профессионализма врачей в повседневную жизнь (врач как особый пациент – объект этого анализа), что предполагает обращение к исследовательской традиции описания взаимовлияния здоровья и социального капитала, но на более локальном объектном уровне. Капиталы врача и пациента не могут не оказывать взаимного влияния на конвертацию – социальные сети, образование в области здоровья, поведенческие паттерны пациентов делают более или менее доступной качественную медицинскую помощь. В разговорах россиян сегодня бытует мнение – нельзя болеть, это – опасно, а если заболел серьезно, иди только к «своему» врачу. Как у Б.Окуджавы – «если я заболею, к врачам обращаться не стану» – с дополнением – к незнакомым врачам.

Итак, каким образом концепция капиталов (экономического, культурного, социального) связана с профессиональным миром врача? Прежде всего, укажем на особенности содержания и конвертации капиталов для врачей.

По П. Бурдье, культурный капитал может выступать в трех состояниях: инкорпорированном состоянии, т.е. в форме длительных диспозиций ума и тела; объективированном состоянии – в форме культурных товаров (картин, книг, словарей, инструментов, машин и т. д.), являющих собой отпечаток или воплощение теорий или их критики, некоторого круга проблем и т.д.; наконец, институционализированном состоянии, т.е. в форме объективации. Инкорпорированное состояние культурного капитала врача – это две группы свойств: способность и мастерство манипуляций в профессии (хирурги – лучший пример), а также – тело врача, его физическое здоровье. Поскольку следствие объективизации культурного (образовательного) капитала врача – это его собственное здоровье, такой подход демонстрирует противоречивость или диалектичность конвертации в профессии капиталов разного типа. Как показывают наши исследования, именно российские врачи (в отличие от североамериканских или европейских) следят за своим здоровьем так же плохо, как и их российские пациенты,



демонстрируют девиации в области здоровья в той же степени, что и популяция в целом [19].

С нашей точки зрения, объективированное состояние культурного капитала врача для анализа его профессионального мира малоэвристично.

Институционализированное состояние, то есть объективированный культурный капитал для врача, – весьма показательная и важная часть характеристики. В современном мире фиксируется кризис формального образования, все больше людей могут конвертировать свои специфические навыки на рынке труда, не имея институционализированного подтверждения квалификаций (диплома, свидетельства). Но не в медицине, где до сих пор велика роль печатей, подписей, дат и пр. Не имея соответствующих академических квалификаций, никто не может работать в здравоохранении. Конечно, это – не единственная отрасль (близка ситуация в образовании, науке и т.д.), однако ситуация здесь более, чем определенная. Имея высокий инкорпорированный культурный капитал (например, будучи здоровым человеком, способным научить здоровью других), индивид может конвертировать его только вне рамок формальной медицины и здравоохранения. Таким образом, академическая квалификация атрибутивна профессиональному миру врача и является источником разных капиталов.

По мнению Бурдьё, любая культурная компетенция (например, способность читать – в мире неграмотных как классический пример, а из современности – способность читать большие тексты в мире новой когнитивной реальности, предполагающий малый объем и упрощенное содержание) извлекает дефицитную ценность из своей позиции в распределении культурного капитала и приносит своему обладателю прибыль от различия. На ценность культурного капитала врачей влияет своего рода сакральность медицинских знаний. Всем доступна медицинская энциклопедия, многое меняется в эпоху Интернета за счет простоты поиска и потребления информации [20], но редко кто из пациентов удовлетворяется диагнозом, который сам себе поставил на основе прочитанного или услышанного, не говоря уже о специализированных видах медицинской помощи – инвазиях, операциях и пр. Такая ценность компетенции в области здоровья приносит обладателю прибыль.

Согласно логике Бурдье, материальная и символическая прибыль, которую гарантирует академическая квалификация, зависит от дефицитности последней, значит вложения (времени и сил) могут оказаться менее прибыльными, чем ожидалось в тот момент, когда они были произведены (фактическое изменение пропорций обмена между академическим и культурным капиталами). Стратегии конвертирования экономического капитала в культурный, выступающие в числе краткосрочных факторов образовательного бума и обесценения квалификаций, определяются изменениями в структуре шансов на получение прибыли, которые предлагаются различными типами капитала. В отношении группы врачей в современном российском обществе данный тезис проясняется в связи с традиционно высоким престижем профессии врача (как на основе опросов общественного мнения, так и по рейтингам абитуриентов медвузов), который вступает в противоречие с высоким уровнем неудовлетворенности врачей конвертацией культурного капитала в экономический – врачи массово жалуются на низкую зарплату.

Вопрос, которого не касался Бурдье, но который кажется нам крайне важным для характеристики современного российского общества, это вопрос о конвертации профессионализма в повседневность. Процессы аномии, ценностного кризиса, характеризующие сегодняшнюю Россию, привели к тому, что в общественном мнении профессионал вовсе не обязательно «нормативно чист» – за пределами выполнения своих должностных обязанностей он имеет право вести себя непрофессионально. Так, врачу необязательно вести здоровый образ жизни, несмотря на то, что он рекомендует это пациентам. Никого не удивляет, что сотрудник полиции, госслужащий не соблюдают закон и пр. Таким образом, для характеристики современного профессионализма важно учитывать эту особенность – этическую дилемму комплементарности [21] профессионального и непрофессионального существования. Культурный капитал конвертируется в социальный, но происходит это зачастую противоречивым образом. В отношении врачей социальный капитал несет на себе разные нагрузки: позитивно он влияет на формирование базы пациентов, имиджа, авторитета врача, позволяет получать другие по сравнению с НЕврачами возможности медицинской помощи; негативно – социальная сеть врача не различает подчас рабочее и врерабочее время, роль врача для пациента – круглосуточна. И это указывает на то,

что существование как ключ к пониманию профессионального мира врача не имеет профессиональных границ, они размыты в повседневности по сравнению с сущностью, «начало и конец» которой совпадают с исполнением профессиональной роли.

Мы представили две основных логики в определении понятия «профессиональный мир врача» – рассмотрение этого феномена как субъективного переопределения объективных заданностей и как субъективной работы по капитализации своих культурных и социальных ресурсов. Для социологического анализа важно определить совокупность эмпирических индикаторов профессионального мира врача, что будет представлено в последующих публикациях.

### **Список литературы:**

1. Решетников А.В. Эволюция социологии медицины // Социология медицины. 2012. № 1 (21). С 4-10.
2. Мансуров В. А., Юрченко О. В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социологические исследования. 2005 № 1. С. 66-77.
3. Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: сб. статей /под ред. Елены Здравомысловой и Анны Темкиной. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009.
4. Ефименко С. А. Социальный портрет участкового врача-терапевта / Под ред. Академика РАМН, профессора А.В. Решетникова. М.: Здоровое общество, 2005.
5. Новокрещенов И.В., Новокрещенова И.Г. Самооценка статуса и престижа работы врача клинической больницы медицинского вуза // Социология медицины. 2013. № 2 (23). С. 23-25.
6. Цыпленкова Л. П., Слюсарь И. В., Шуть К. В. Изучение составляющих социального статуса врача в системе медико-социологического мониторинга // Социология медицины. 2012. № 2 (21). С. 32-34.
7. Юрьев В.К., Сердюков А.Г., Кабачек Н.И., Ахмедов М.Р., Сагитова Г.Р. Медико-социальная характеристика медицинских кадров Астраханской области // Социология медицины. 2007. № 1. С. 45-48.
8. Петрова Л.Е., Царькова С.А. Качество деятельности врача: оценка работы и дополнительного профессионального образования // Уральский медицинский журнал. 2013. № 3. С. 122-126.
9. Ефименко С. А. Методологические основания изучения феномена пациента в социологии медицины // Социология медицины. 2012. № 2 (21). С. 10-14.
10. Williams S. J. Parsons Revisited: from the Sick Role to...? // Health. 2005. Vol. 9; 2: 123-144.
11. Shilling Ch. Culture, the "Sick Role" and the Consumption of Health // British Journal of Sociology. 2002. Vol. 53; 4: 621-638.
12. Karen Lutfey. On Practices of 'Good Doctoring': Reconsidering the Relationship between Provider Roles and Patient Adherence // Sociology of health and illness. 2005. Vol. 27; 4: 421-447.

13. Nancarrow S. A., Borthwick A. M. Dynamic Professional Boundaries in the Healthcare Workforce // *Sociology of Health and Illness*. 2005. Vol. 27; 7: 897-919.
14. Parsons T. *The Professions and Social Structure* (1939) // Parsons T. *Essays in Sociological Theory* (Revised Edition). New-York The Free Press, 1966. P. 34-46.
15. Тимченко Н. Роль высшего медицинского образования в воспроизводстве гуманистических ценностей профессии // *Высшее образование в России*. 2008. № 2. С. 111-116.
16. Социальное служение. Монография. О. И. Антонова, Н. Б. Костина, В. М. Сторчак; Образовательное учреждение профсоюзов высш. проф. образования «Акад. труда и социальных отношений», Каф. социальной политики и упр. социальными процессами. М.: АТИСО, 2012.
17. Bourdieu P. The Forms of Capital. In J. Richardson (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* (New York, Greenwood), P. 241-258.
18. Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье и социальный капитал (опыт исследования в Санкт-Петербурге) // *Социологические исследования*. 2010. № 1. С. 87-99.
19. Павленко Е.В., Петрова Л.Е. Табакокурение в среде медицинских работников: проблемы и возможные пути их решения // *Главный врач: хозяйство и право*. 2012. № 3. С. 48-53.
20. Павленко Е.В. Киберпространство медицины: Интернет как враг и союзник врача и пациента // *Социология медицины*. 2013. № 1 (22). С. 42-47.
21. Петрова Л.Е. Больной врач как коллизия профессионализма: социологический анализ // *Вестник Пермского университета. Серия. Философия. Психология. Социология*. 2012. № 2 (10). С. 148-154.